

Исполняющему обязанности директора
МБОУ СОШ №32 г. Ставрополя
Ю.Н. Гончаровой

от _____
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять в _____ класс моего ребенка

_____,
Ф.И.О. ребенка полностью
_____ года рождения, проживающего (пребывающего) по адресу: _____

Отец	Мать
Ф.И.О. (полностью)	Ф.И.О. (полностью)
Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя (законного представителя) ребенка _____	Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя (законного представителя) ребенка _____
Контактный телефон, адрес электронной почты	Контактный телефон, адрес электронной почты

Наличие права внеочередного, первоочередного и преимущественного приема (при наличии) _____

Потребность обучения ребенка по адаптированной образовательной программе и создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____

Выбираю язык образования _____

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а) _____

ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, персональных данных родителей и ребенка, указанных в заявлении _____

ДАЮ СОГЛАСИЕ на психологическое сопровождение ребенка в МБОУ СОШ №32 г. Ставрополя _____

Дата

Подпись

Расшифровка